

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 9 mai 1899, à 1 heure

PAR

FRÉDÉRIC GUYOT

Ancien externe des Hôpitaux,
né à Saar-Union (Alsace) le 14 septembre 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

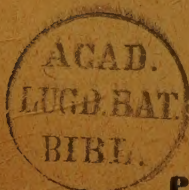
PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES



Président : M. BERGER.

Juges : MM. { Ch. RICHET, professeur.
RICHELOT, LANGLOIS, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

P. DELMAR, 23 bis, rue des Ecoles

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. **M. BROUARDEL.**
Professeurs. **MM.**

Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	GUYON.
	PANAS.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. DUPRÉ.	MM. LEPAGE	MM. THIROLOIX
ALBARRAN	FAURE.	MARFAN	THOINOT
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BONNAIRE	GILLE DE LA TOURETTE	MENETRIER	VARNIER.
BROCA AUG.	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
BROCA AND.	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHARRIN.	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ
DELBET.	LEJARS	THIERY	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE ET DE PROFONDE AFFECTION

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Paris,

Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

L'étude des psychoses post-opératoires est de date assez récente ; elle a particulièrement au cours de l'année dernière, soulevé de nombreuses discussions au sein de la Société de chirurgie et à cette occasion, presque tous les chirurgiens ont rapporté des observations d'un grand intérêt sur cette question, en somme absolument neuve. D'autre part les neurologistes et les aliénistes se sont naturellement intéressés à cette affection et y ont apporté leur appoint, de sorte qu'aujourd'hui nous nous trouvons en présence d'importants documents, envisageant la question à des points de vue divers, mais en somme, apportant tous quelque lumière, quelque éclaircissement à ces états complexes.

Ayant pu de notre côté, grâce à nos maîtres, recueillir quelques observations de troubles mentaux et de délires post-opératoires, il nous a paru intéressant, au terme de nos études, d'apporter une modeste contribution à l'étude de ces états pathologiques ; nous nous proposerons donc dans ce travail de réunir les documents accumulés, de les analyser avec soin et d'y joindre nos observations ; nous essaierons ensuite d'en tirer quelques enseignements pratiques.

Sans doute il s'agit là d'une question assez neuve et qui n'est pas encore complètement élucidée ! Il reste de ce côté un vaste champ ouvert à la sagacité des cliniciens. Aussi n'eussions-nous pas osé entreprendre cette étude, si les auteurs les plus compétents n'avaient au cours des discussions des Sociétés savantes, comme au milieu des Congrès, émis déjà leurs opinions.

C'est donc en nous appuyant sur toutes ces données acquises que nous allons essayer de mettre au point la question des psychoses post-opératoires à l'heure actuelle : nous ne nous dissimulons pas la difficulté de cette tâche, car l'accord n'est pas encore fait sur ce point.

Les psychoses post-opératoires sont d'un grand intérêt au point de vue théorique, comme au point de vue pathogénique. Elles ont aussi une importance considérable au point de vue de la décision que doit prendre le chirurgien. Enfin on doit s'efforcer de prévoir la possibilité de ces accidents ainsi que leur probabilité, non seulement pour modifier le pronostic d'une maladie et de l'intervention qu'on y oppose. Il faut aussi se demander s'il ne serait pas possible d'éviter ou tout au moins de réduire ces accidents et chercher à savoir si l'on peut leur opposer un traitement prophylactique ou un traitement curatif.

Nous n'avons pas la prétention de répondre à toutes ces questions délicates ; et nous nous estimerons heureux si nous pouvons, par cette étude, mettre en parallèle les

diverses opinions, les discuter et en tirer quelques conclusions pratiques.

Mais avant d'aborder le sujet de notre thèse, qu'on nous permette de nous acquitter des nombreuses dettes de reconnaissance que nous avons contractées envers tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales. Et tout d'abord nous adresserons un témoignage de gratitude à nos maîtres de la Faculté de médecine de Lyon sous la direction desquels nous avons fait nos premières années d'études.

A notre arrivée à Paris, nous avons trouvé un accueil sympathique dans le service du docteur Faisans. Nous avons pu ainsi profiter largement de ses leçons si claires au lit du malade. Nous lui en exprimons notre bien vive reconnaissance.

Comme externe des hôpitaux, nous avons passé une année dans le service du docteur Humbert, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital du Midi, qui nous a rendu facile l'étude des maladies vénériennes et de la peau. Nous garderons de ce maître vénéré qui nous a sans cesse témoigné une bienveillante amitié, un souvenir ineffaçable et lui serons toujours profondément reconnaissant des marques de sympathie qu'il a bien voulu nous donner pendant tout le cours de nos études.

Nous remercions aussi bien sincèrement le docteur Thibierge qui pendant notre deuxième année d'externat nous a, par de savantes leçons, familiarisé plus étroitement avec les maladies de la peau.

Monsieur le professeur Tarnier nous a fait l'honneur de nous agréer comme externe à la clinique d'accouchement de la rue d'Assas. Mais nous avons eu, au milieu de cette année-là, la douleur de mener à sa dernière demeure ce regretté maître qui avait fait briller d'un si vif éclat l'obstétrique française.

Messieurs les docteurs Lubet-Barbon et Martin nous ont, dans leur clinique, permis de profiter de leur enseignement si fructueux sur les maladies du larynx et des oreilles. Nous les en remercions bien sincèrement tous deux.

Que M. le professeur Berger nous permette de lui adresser ici le témoignage de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider notre thèse inaugurale.



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

C'est à la séance du 23 février 1898 que M. Picqué a attiré l'attention de la Société de chirurgie sur cette importante question des psychoses post-opératoire. Dans cette communication ainsi que dans la suivante faite en collaboration avec le Dr Briand, médecin en chef des asiles, M. Picqué étudie les délires post-opératoires et aussi les rapports de l'aliénation mentale avec la chirurgie.

En réalité, comme le dit du reste l'auteur lui-même, on connaît déjà depuis longtemps ces genres de délires. Nous empruntons ici au savant mémoire de M. Picqué une bonne partie de l'Histoire de cette question.

C'est vers le commencement du siècle que les délires post opératoires ont été l'objet de quelques recherches ; toutefois on n'avait que quelques documents épars et c'est surtout depuis quinze ans que ces faits ont été sérieusement étudiés.

La première description appartient à Dupuytren qui en 1819 exposa ses idées et ses observations sur les délires nerveux ; elle fut reprise plus tard en 1865 par

Courty qui publia le premier cas de manie aiguë consécutive à l'opération de l'ovariotomie. Cette question a été depuis le point de départ de toute une série de mémoires et a soulevées de nombreuses discussions dans les sociétés savantes. C'est à l'étranger surtout que cette question, née en France avec Dupuytren, a été étudiée par la suite. Nous ne reprendrons pas l'histoire en entier, nous serions obligé de redire tout ce qui a déjà été très bien exposé à ce sujet dans la thèse de M. Denis (Montpellier 1889), dans celle de M. Musin (Lille 1895), dans celle aussi de M. Seligman de Nancy (1896). Le lecteur y trouvera toutes les indications bibliographiques avec l'histoire, qui est encore plus complet dans la thèse récente de Truelle (Paris 1898).

Tout d'abord ce furent les médecins et les aliénistes qui s'intéressèrent le plus à cette question et qui cherchèrent à établir l'étroite relation qu'ils croyaient voir entre ces psychoses et les opérations gynécologiques surtout.

A la Société clinique de Londres, en 1875, Barwel rapporta une observation de manie aiguë consécutive à une opération d'ovariotomie : cette observation fut le point de départ d'une discussion entre Barwel d'une part, Lawson Tait et Edith d'autre part. Dix années plus tard, une nouvelle observation fut présentée par Barwel à la Société de pathologie de Londres. Cette observation en tous points comparable à la première souleva une nouvelle discussion au cours de laquelle Torton présenta deux autres observations. L'une avait trait à une

ovariotomie, l'autre se rapportait à une hystérotomie. Plusieurs auteurs comme Keth, Dent, Méredith, Bristowe et Lawson ont publié des observations du même genre. Ce sont donc les opérations gynécologiques qui ont surtout été incriminées d'abord.

Nous signalerons encore le travail que Dentu publia sur ce sujet en 1889.

Pendant ce temps, de nouvelles observations étaient publiées en Allemagne : C'est ainsi que Herne Lossen et Furstner de Strasbourg rapportent des cas de manie aiguë après l'hystérectomie. Graub en 1887 soumet cette question à la discussion des membres de la Société gynécologique de Berlin. Werth de Kiel rapporta ensuite en 1888 au congrès de Halle un grand nombre de faits : il établit une statistique portant sur trois cents opérations et sur lesquelles il y eut six cas de psychoses post opératoires. Cette communication amena la publication de toute une série d'autres cas.

En 1892, Ostermayer et Levinstein rapportèrent encore quelques faits intéressants.

En Amérique, le même mouvement se produisait : En 1887, Thomas Gallard publie dans le *Medical New*, un intéressant article, traduit en français par Dufournier (1) en 1889.

Dans la discussion de la Société de Médecine de New-York (2) où fut présenté ce mémoire, on relève trente-

(1) Dufournier. *Archives de Médecine*, 1889.

(2) Société de Méd. de New-York, 4 avril 1889.

huit cas de troubles mentaux consécutifs à des opérations. Edwards J. III de New-York avait déjà en 1887 publié dix cas de manies aiguës développées après des interventions chirurgicales gynécologiques. Signalons aussi les travaux de Eder de Boston et ceux de Gray, de New-York, sur cette même question.

En France cependant, où l'étude de ces délires avait pris naissance, on s'en occupait fort peu. Ce n'est guère qu'en 1889 que l'on trouve des publications de Mairet de Montpellier et la thèse de Denis, son élève, soutenue la même année. Toutefois, pour M. Mairet (1) la question n'était pas absolument neuve, car il avait déjà étudié spécialement l'influence des maladies de l'utérus et des annexes sur la production des folies sympathiques.

En 1889, M. Polaillon publia une observation intéressante dans l'*Union Médicale*. Le professeur Le Dentu, à propos d'un cas de ce genre, fit de ce sujet l'objet d'une remarquable clinique, et inspira la thèse de son élève, M. Vène (2). En 1890, M. Pozzi dans la *Gazette médicale*, en 1893, Régis dans les *Archives d'obstétrique* signalent des faits nouveaux.

Rappelons encore les thèses de Musin (Lille 1895) et de Seligman (Nancy 1896); cette dernière inspirée par M. Weiss, donne une importance prépondérante aux

(1) Mairet. — *Montpellier médical* 1880.

(2) Vène. — *Thèse de Paris* 1891.

opérations gynécologiques dans la pathogénie de ces délires.

Depuis, ont été publiés les mémoires et les thèses de John Wilson, de Christian Simpson, de Marlier, de Cestan. La question fut alors reprise et mise pour ainsi dire à l'ordre du jour par les communications de MM. Picqué et Briand à la Société de chirurgie en 1898. Ces travaux soulevèrent de nombreuses et très intéressantes discussions, au cours desquelles presque tous les chirurgiens des Hôpitaux ont apporté leur contingent d'observations et de remarques.

De leur côté, les médecins aliénistes à la demande de M. Ritti, mirent cette question à l'ordre du jour pour le Congrès de 1898 et plusieurs auteurs, entre autres MM. Régis, Rayneau d'Orléans, Marie et Vigouroux prirent part à la discussion de cette question. Dans les Sociétés savantes de province, la question fut aussi mise à l'étude ; c'est ainsi que la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux entendit en mars 1898, les intéressantes discussions de M. Devezac et de M. Tissié. Enfin pour terminer cette longue énumération, nous citerons les thèses de Truelle (Paris 1898) et celle de Mme Margoliès (Paris 1898).



CHAPITRE II

CE QU'IL FAUT ENTENDRE PAR PSYCHOSES POST OPÉRATOIRES

L'existence des psychoses post-opératoires a été mise en doute par quelques auteurs. Truelle dans sa thèse récente le prouve par le titre même de son ouvrage « Psychoses dites post-opératoires ». Qu'un délire, une psychose puisse apparaître après une opération, la chose n'est pas douteuse, nous dit cet auteur, et nombre d'observations en font foi. Mais il ne suffit pas, ajoute-t-il, pour étiqueter une psychose « *post-opératoire* » qu'elle se produise après une opération ; il faut en outre qu'il y ait relation de cause à effet, une corrélation certaine, une relation évidente et primordiale entre l'acte opératoire et le trouble mental. Cette corrélation, cette relation de cause à effet est-elle réellement établie ? C'est ce que laissent en doute la plupart des observations, pour ne pas dire toutes.

Nous ne saurions entreprendre de discuter cette opinion de M. Truelle ; mais nous remarquerons simplement qu'à la suite d'une opération qui a été plus ou moins importante, plus ou moins laborieuse, qui a né-

cessité l'emploi d'une dose d'anesthésique plus ou moins considérable et qui se termine par un pansement dans lequel peuvent entrer des substances médicamenteuses toxiques, on voit apparaître des délires.

Admettra-t-on qu'il s'agisse là de coïncidences ? non sans doute. Les observations sont aujourd'hui trop nombreuses pour que l'on puisse émettre une pareille hypothèse.

Que l'acte opératoire par lui-même soit capable de créer de toute pièce une psychose, nous ne le croyons pas, mais il est évident que l'opération et les circonstances qui l'entourent peuvent déterminer l'éclosion de ce délire. Peu importe donc qu'on donne à ces accidents pathologiques le nom de « *psychoses post-opératoires* » ou celui de « *délires post-opératoires* » ou celui de « *psychoses dites post-opératoires* ». Ce sont-là des discussions d'appellation qui ont leur intérêt sans doute, mais qui ne sont point capitales.

Tout le monde s'entend à peu près aujourd'hui sur la signification de la dénomination, et sur les états qu'elle désigne.

Mais il est de première importance pour le chirurgien de savoir si après une intervention il pourra redouter l'éclosion de ces accidents. Il est pour lui d'un grand intérêt de prévoir ces accidents au moins dans les cas où la chose est possible, afin de modifier son pronostic opératoire, et de faire entrer ainsi cette considération dans la balance avant d'entreprendre une opération. Certes, on n'hésitera pas à intervenir pour une

hernie étranglée, une appendicite, etc., etc., même si l'on prévoit la possibilité d'accidents post-opératoires.

Mais à côté de ces interventions d'urgence, il en est d'autres que l'on peut différer, éviter peut-être, et la question des psychoses peut alors entrer en ligne de compte dans la décision du chirurgien.

Enfin, il est un autre point non moins important à envisager. A mesure qu'on a mieux étudié ces psychoses post-opératoires, on est arrivé à connaître leurs conditions pathogéniques. Or, s'il est une cause contre laquelle nous ne pouvons à peu près rien « *la prédisposition héréditaire ou acquise* », il en est d'autres dont la connaissance nous est fort utile, car nous pouvons en réduire l'importance, voire même les supprimer.

Après cela, il nous importe peu que ce soient des *psychoses post-opératoires* ou dites *post-opératoires* : elles existent, elles sont connues et le chirurgien consciencieux doit en tenir compte et chercher à les éviter par tous les moyens qui sont en son pouvoir. Sans doute on ne saurait les supprimer toutes, mais on peut nous semble-t-il s'efforcer d'en réduire le nombre autant que possible.

C'est pour cela que nous avons cru bien faire en étudiant les psychoses post-opératoires, bien qu'elles aient déjà été l'objet de recherches nombreuses, bien qu'elles aient provoqué des travaux, auprès desquels nous ne chercherons du reste pas à mettre en parallèle cette très modeste étude.

Nous dirons donc avec M. Picqué, que sous la déno-

mination générale de délire post-opératoire, on doit désigner tout trouble intellectuel qui peut survenir à la suite d'une opération quelle que soit la forme ou l'origine réelle de ce trouble. Cette définition permet d'étudier successivement toutes les variétés de délire qu'on est susceptible de rencontrer à la suite des opérations : celles qui peuvent, à bon droit dépendre de l'intervention, et celles qui ont été considérées abusivement comme la conséquence de l'acte opératoire lui-même.

Cela revient à dire qu'il peut exister diverses causes susceptibles de faire apparaître le délire après une opération, et qu'il faut les rechercher avec soin pour établir le rapport qui existe entre le délire et l'acte opératoire et par conséquent la part qui incombe à ce dernier dans la production de l'autre.



CHAPITRE III

DIVISION ET ÉTIOLOGIE DES PSYCHOSES POST OPÉRATOIRES

Nous envisagerons dans ce chapitre, comme nous l'avons indiqué précédemment, toutes les psychoses post-opératoires dans le sens le plus large du mot, et nous essayerons de les classer en les rattachant à leur cause. Ce n'est pas que cette cause doive toujours être unique ; en effet, dans tel cas ou le délire apparaît, on pourra incriminer à la fois la prédisposition névropathique et l'action toxique de l'anesthésique. Dans tel autre cas, on s'en prendra à la nature de l'opération qui, par exemple, aura supprimé un organe de sécrétion interne ; dans d'autres circonstances, ce seront à la fois la suppuration prolongée, la rétention des produits toxiques et les substances antiseptiques qui pourront être mises en avant comme notion étiologique.

Cependant, c'est encore par la notion étiologique que l'on peut actuellement le mieux classer ces psychoses post opératoires et c'est la base de classification la meilleure au point de vue pratique tout au moins, sinon au point de vue théorique.

En effet, comme le fait remarquer Truelle dans sa thèse, ces délires post-opératoires ne peuvent être classés et catégorisés par la forme qu'ils peuvent revêtir dans les différents cas.

C'est sur ce point surtout que s'appuie cet auteur pour nier l'autonomie de ces délires et pour en discuter l'existence.

« Trouvons-nous maintenant, dit-il, dans la symptomatologie des psychoses dites post-opératoires, des « symptômes communs permettant de les fonder en un « même groupe homogène et autonome ? Il s'en faut. « Bien au contraire, ce qui est la règle dans ces cas, « abstraction faite de ceux où l'alcool joue évidemment « un rôle prépondérant, c'est l'irrégularité et le polymorphisme. »

« Exaltation, dépression, idées de persécution, idées « ambitieuses, hallucinations, illusions, tout s'observe « dans ces délires ». »

Pour cet auteur, s'il y avait vraiment des psychoses post-opératoires dûes par exemple à la suppuration « tout individu qui suppure devrait délirer, ce qui est loin d'être vrai ». »

Mais en réalité, on ne saurait s'appuyer sur ces arguments. Comme nous le dirons plus loin, nous croyons avec tous les auteurs qui ont écrit sur cette question, que la prédisposition est nécessaire ; mais cette prédisposition est difficile à préciser, elle est surtout difficile à dépister en clinique et nous ne pensons pas qu'elle ne

comporte que la névropathie caractérisée ou la dégénérescence.

Quant aux formes multiples et essentiellement variables que le délire post opératoire peut revêtir, nous ne pensons pas qu'on en puisse tirer un argument définitif. Une même cause ne saurait, en effet, produire les mêmes effets en agissant sur des terrains différents, et comme le dit fort justement M. Ricordeau (1) dans sa thèse « *Ne délire pas qui veut* », « *chacun délire avec son cerveau* ».

On peut ranger les psychoses post-opératoires au point de vue étiologique, en trois catégories principales :

I. — Les psychoses par infection.

II. — Les psychoses par intoxication.

III. — Les psychoses par prédisposition névropathique pure.

Cette dernière catégorie répondrait à ce que quelques auteurs considèrent comme seules psychoses post-opératoires vraies.

I. PSYCHOSES PAR INFECTION

Cette classe très voisine du reste de la seconde, comprend aujourd'hui un grand nombre d'observations bien établies. Il s'agit là d'une véritable intoxication par

(1) Ricordeau. — *Contribution à l'étude des délires septiques*. Paris, 1896.

les produits de sécrétion des microbes, par les toxines auxquelles il faut joindre les produits toxiques venant de la décomposition et de la destruction des tissus eux-mêmes.

C'est surtout lorsqu'il s'agit d'infection généralisée, que ces psychoses se comprennent ; mais elles peuvent aussi survenir avec une suppuration locale, sans infection générale. On comprend, en effet, sans peine, que la nutrition générale soit très modifiée par les frais d'une longue suppuration et que les fonctions s'en ressentent. M. le professeur Jeoffroy, avec sa haute compétence, dit qu'il ne doute pas que le trouble introduit de ce fait dans la nutrition générale, soit capable d'agir défavorablement sur le cerveau, mais toujours chez des individus prédisposés. Il est en tous cas bien certain, que dans de telles conditions le cerveau réagira par des manifestations délirantes, à une cause légère qui eut été à peu près sans influence sur un cerveau normal. On sait bien du reste avec quelle facilité les convalescents d'une longue maladie, les gens affaiblis par l'âge, par un séjour prolongé au lit, par une diète de longue durée, présentent des manifestations délirantes, de la divagation, plus ou moins accentuée. Ceci nous prouve une fois de plus qu'on ne saurait établir avec précision qu'une dose déterminée de poison produira fatalement du délire et surtout une forme spéciale de délire.

Nous n'essayerons pas de rapporter un grand nombre d'observations de ces variétés de délire, qui peuvent du reste exister sans qu'il y ait eu d'acte chirurgical, ni

même de traumatisme et qui constituent plutôt des délires septiques. Qu'il nous suffise d'en rapporter une ou deux observations comme exemple.

OBSERVATION I

M. Monod, soc. de chir., 30 mars 1898. (Résumée)

Dans ce cas il s'agit d'un homme, un palefrenier, âgé de trente-six ans. Il était exempt de toute tare éthylique.

Je dûs lui faire une amputation de cuisse, pour une fracture compliquée de la jambe, avec infection du foyer de fracture.

La réunion de la plaie opératoire eut lieu par première intention et, malgré cela, ce malade présenta pendant plus d'un mois des symptômes nerveux assez variés : délire, amnésie, troubles du langage, hallucinations, etc., etc. S'agissait-il là d'un délire septicémique, dû à l'infection préopératoire ? Je ne saurais l'affirmer, mais pour ma part, je dois avouer qu'ayant vu autrefois des septicémies, je n'ai jamais observé en pareil cas de tels troubles nerveux.

Dans cette observation, on peut en effet incriminer l'infection qui existait au niveau du foyer de la fracture avant l'opération. Cette infection n'avait pas été suffisante pour entraîner des phénomènes nerveux jusqu'au moment où l'ébranlement produit par l'intervention chirurgicale importante, a fait éclore pour ainsi dire les accidents délirants et les troubles psychiques.

Nous citerons une autre observation que nous avons pu recueillir dans le service de M. le professeur Le Dentu.

OBSERVATION II (Personnelle).

J. L..., 30 ans, terrassier. Entre à l'hôpital Necker le 11 mai 1896, dans le service de M. Le Dentu, lit 17, salle Malgaigne.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Aucune maladie antérieure. Cet homme ne présente aucun des signes communs d'éthylisme. Il boit cependant un peu, de temps à autres, mais assez modérément.

Histoire actuelle. Ce matin, en conduisant ses chevaux attelés à un camion, il fait un faux pas sur un caillou, tombe et se trouve pris sous l'une des roues du camion qui lui comprime le flanc gauche, le flanc droit appuyant sur le bord du trottoir. Le malade qui avait à ce moment envie d'uriner, ressentit une douleur très vive dans le bas-ventre et l'excavation pelvienne.

Le lendemain de son entrée, en examinant ce malade, on constate une fracture des deux dernières côtes gauches. Douleurs très vives généralisées à tout l'abdomen. Contracture considérable des muscles de la paroi empêchant de rien sentir au-dessous et donnant la sensation d'un ventre de bois. Le malade n'urine pas spontanément. On le sonde sans difficulté et le cathétérisme ramène de l'urine sanglante. On songe à la possibilité d'une contusion du

rein, mais on fait des réserves sur l'état des autres viscères abdominaux. Toutefois, le malade n'a ni nausées ni vomissements. Il se plaint des reins, du ventre et des jambes.

Injection de caféine le soir.

Le 13 au matin, l'état général s'est aggravé. Le malade a les traits tirés, les yeux sont cernés de noir et excavés. Il a eu des crampes dans les jambes la nuit, spécialement dans la jambe gauche. Il a uriné spontanément, mais en quantité minime, manifestement insuffisante et cette urine contenait du sang.

Le cathétérisme donne un demi-litre d'urine mélangée de sang noir. L'abdomen est toujours fortement contracté, très dur et excessivement douloureux, plus même que la veille. On constate de plus, à la région lombaire, à gauche de la ligne médiane, une ecchymose large comme la paume de la main. Le malade a quelques nausées ; cependant, il a eu cette nuit une selle spontanée, normale, sans trace de sang.

En présence de l'état général grave et de la vive douleur abdominale avec anxiété et urines sanglantes, le poulx étant d'ailleurs à 120 par minutes très dépressible, M. Le Dentu juge l'intervention urgente.

Anesthésie à l'éther.

Incision médiane ; on tombe sur une paroi abdominale antérieure infiltrée de sang, et cet état des muscles et des tissus conjonctifs est d'autant plus accusé qu'on se dirige vers la symphyse pubienne.

Le chirurgien porte son action vers la partie inférieure de la plaie, en évitant d'ouvrir la cavité péritonéale et tombe bientôt dans une cavité d'où s'échappe une énorme quantité d'urine mêlée de sang. En explorant au doigt cette

cavité, on sent la vessie rompue verticalement sur sa face antérieure depuis son sommet jusqu'à un demi centimètre du col environ. Cet organe est complètement retracté en arrière. Le péritoine pelvien a été complètement décollé par l'épanchement de sang et d'urine et se trouve remonté à la partie supérieure. Le doigt explorateur sent les parois du bassin transformées en un vaste réservoir que remplissait l'urine mêlée de sang. Les parois de la vessie étaient rétractées et profondément retirées dans le bassin. Leur infiltration les avait rendus si friables que l'on dût renoncer à tenter une suture de la vessie. Le pouls du malade était devenu excessivement faible et il fallait terminer rapidement l'opération. Deux points de suture, un de chaque côté, fixent en haut les bords de la rupture vésicale le mieux possible aux lèvres de la plaie opératoire. Les décollements latéraux sont bourrés de gaze iodoformée, et un drain faisant siphon dans un récipient est placé dans ce qui reste de cavité vésicale. Quelques points de suture sont pratiqués pour rétrécir en haut la plaie cutanée et éviter l'éventration.

Dans la journée, le malade a quatre vomissements verdâtres. Injection intra-veineuse de 800 grammes de sérum artificiel dans la céphalique du bras gauche.

14 juin. Le pouls est moins rapide, 120 au lieu de 132 que l'on comptait la veille. Mais il est encore très faible. Le malade n'a vomi qu'une fois ; il est très abattu ; 40 respirations par minute ; faciès tiré, langue un peu sèche. Etat mental excellent. Le drain faisant siphon a bien fonctionné. Injection intra-veineuse de 500 grammes de sérum artificiel,

15 juin. On refait le pansement ; on change les mèches

iodoformées qui bourrent l'excavation pelvienne. Une sonde à demeure est placée dans l'urèthre et le drain est coupé au niveau de la plaie. Injection intra veineuse de 500 grammes de sérum artificiel.

16 juin. Pansement, suppuration assez abondante ; odeur ammoniacale très prononcée ; cependant, la sonde à demeure fonctionne bien. Lavages boriqués. L'état général est meilleur, mais le malade est très pâle. Le pouls et la respiration sont moins fréquents. Même pansement et même lavage chaque jour. Mais avant cette intervention, le malade présente du délire.

Chez lui, le délire prend une forme dépressive ; c'est un délire triste avec idées de persécution. Le malade parle bas ou à mi-voix. Il marmotte entre ses dents des phrases le plus souvent incohérentes et même privées de sens, ou bien il dit qu'on veut le faire souffrir et le martyriser. Il essaie d'enlever sa sonde uréthrale ; mais il la laisse remettre avec soumission quand on lui parle d'un ton autoritaire. Il laisse faire avec calme tout ce que l'on ordonne et prend alors une expression profondément triste et résignée. L'appétit est diminué ; teint cachectique ; amaigrissement progressif.

Le malade veut s'habiller pour partir, prétextant qu'on lui en veut et qu'on le persécute à l'hôpital. Lorsqu'il est surpris en train de mettre ses vêtements, il devient craintif et tremblant ; il s'efforce de prouver qu'il n'a pas de mauvaise intention ; s'excuse comme un enfant qui craint une remontrance.

Parfois, revenant à sa profession, il s'adresse à ses chevaux pour les exciter à tirer, ou bien il croit parler à un malade imaginaire auquel il donne des conseils.

Chez ce malade, le délire a donc deux caractères persistants : le délire professionnel et les idées de persécution.

A partir du 15 juin le délire a disparu, la plaie s'est rapidement rétrécie et actuellement il ne reste que la place occupée par le drain. L'appétit est revenu, le faciès est meilleur. Le malade est gai, raisonne bien, il reconnaît parfaitement tous les gens du service. Quelques temps après, le malade quitte le service complètement guéri.

Trois mois plus tard, nous voyons ce malade revenir à l'hôpital Necker et entrer dans le service de M. le Dr Rendu, pour une pleurésie séro-fibrineuse. Son état mental est resté excellent ; il n'a pas eu de délire pendant la durée de cette pleurésie.

En 1897, nous retrouvons par hasard le malade qui travaille maintenant comme ouvrier paveur au compte de la Ville de Paris. C'est un bon ouvrier, régulier, de caractère égal et ne présentant aucun trouble mental.

En 1898, nous avons encore eu l'occasion de revoir et de suivre ce malade qui avait fait une chute dans un escalier et était tombé sur le côté, d'une hauteur de trois mètres environ. Signes de contusion assez accentuée, ecchymoses sur la hanche droite, sur le dos et les reins. Après une huitaine de jours de repos, le malade est complètement remis. Il n'a, durant ce laps de temps, présenté aucune espèce d'idées délirantes, aucun trouble mental.

II. PSYCHOSES PAR INTOXICATION

Cette seconde catégorie est très voisine, comme nous l'avons dit, de la première ; si nous l'avons séparée, c'est que cette forme de délires septiques ou par infection est

aujourd'hui bien connue et décrite à part par divers auteurs (thèse de Ricordeau).

Les psychoses par intoxications doivent à leur tour être subdivisées. Les unes sont sous la dépendance d'un agent toxique introduit dans l'organisme, les autres sous celles de poisons fabriqués par lui même et retenus. Ce sont donc soit des intoxications médicamenteuses, soit des auto-intoxications.

On a tout d'abord incriminé la narcose opératoire. Savage (1) en particulier attribue bien des psychoses aux anesthésiques quels qu'ils soient; mais ce serait surtout le chloroforme qui fournirait ces accidents. Truelle qui ne paraît pas, au contraire, vouloir accorder une grande valeur à cette cause, dit avoir constaté souvent dans le service de M. Chaput à la Salpêtrière, des effets analogues après l'administration de l'éther anesthésique surtout chez des femmes névropathes.

Si l'anesthésique peut amener un certain degré d'intoxication on ne saurait guère, à vrai dire, lui attribuer un délire apparaissant tardivement et ayant une assez longue durée. Il n'est pourtant pas inutile de parler de cette cause; on devra toujours réduire au minimum la dose de chloroforme ou d'anesthésique quelconque chez les individus qui paraissent nettement avoir une prédisposition névropathique; nous y reviendrons au point de vue des considérations prophylactiques dont nous aurons à parler plus loin.

(1) Savage. *London, Méd. Soc.*, 30 oct. 1893.

Les médicaments, les antiseptiques qui entrent dans les pansements peuvent-ils déterminer des troubles délirants. Ils ont été incriminés et à bon droit croyons-nous par plusieurs auteurs, et cette opinion garde encore de nombreux défenseurs comme le prouvent les discussions de la Société de Chirurgie. C'est surtout l'iodoforme qui a été accusé de produire souvent ces troubles psychiques.

M. le professeur Berger (1) en 1883. a étudié d'une façon très remarquable ces faits de délire iodoformique. Il a bien montré que sous l'influence de grands pansements iodoformés, surtout dans le tamponnement d'une vaste cavité d'abcès ou d'un décollement étendu avec la gaze à l'iodoforme, on voit survenir des accidents. Les malades accusent un goût d'iodoforme et présentent de la perte de l'appétit, bientôt même du dégoût pour les aliments. Le pouls devient fréquent, il est petit sans qu'on observe en même temps d'accès fébrile, sans que d'ailleurs il y ait ni recrudescence de suppuration, ni modification quelconque du côté de la plaie. Enfin peuvent apparaître, en outre des éruptions si intenses, que l'on connaît sous le nom d'érythèmes iodoformiques, des accidents délirants. Parfois ce sont l'insomnie, l'agitation plus ou moins vive, des troubles mentaux à tendance automatique et dépressive. D'autres fois ce sont des hallucinations diverses, du délire, des maux de tête intenses et persistants, qui souvent sont plus

(1) Berger, *Revue des sciences médicales*, 1883.

accusés la nuit que le jour. Le pouls peut alors devenir filiforme et on a vu du gâtisme précéder le collapsus et la mort. Du reste rien n'est variable comme le tableau de ces accidents iodoformiques. Comme le dit Truelle, M. Berger « reconnaît lui-même que le propre de l'intoxication dite par l'iodoforme c'est son irrégularité. De plus il fait remarquer à juste titre qu'il semble étrange de voir les mêmes accidents se produire à la suite d'emploi de doses variant de 5 à 300 grammes d'iodoforme, tantôt après le premier, tantôt après un certain nombre de pansements; qu'enfin la suppression complète de l'iodoforme n'empêche pas toujours les désordres de persister, parfois même de s'accroître et la mort de survenir. »

Pourtant on peut comprendre qu'un certain nombre de pansements puissent amener une véritable accumulation d'iodoforme si l'élimination se fait mal. Quant à la question de doses elle n'a rien qui nous surprenne. En effet ne rencontre-t-on pas des différences individuelles considérables dans les doses nécessaires pour produire un empoisonnement? N'a-t-on pas vu des sujets succomber après ingestion d'un seul gramme de salol (Manquat), alors que d'autres en prennent couramment plusieurs grammes sans accidents. Et pour prendre enfin une comparaison banale, quelles variations ne trouve-t-on pas dans les doses d'alcool nécessaires pour entraîner l'ivresse chez différents individus? Tant il est vrai que chacun de nous réagit à sa manière avec ses

organes et pour des doses différentes : il n'y a donc pas lieu de s'étonner de ces variations.

Voici d'ailleurs un exemple très typique de délire post-opératoire dû à l'iodoforme.

OBSERVATION III (Personnelle).

P..., âgé de 26 ans. Pas d'antécédents héréditaires à noter. En particulier aucune trace de tare nerveuse chez les ascendants ou les collatéraux. Ce jeune homme a toujours été bien portant et n'a lui-même aucun des stigmates de dégénérescence. Il est robuste, bien conformé et n'a rien de ce qu'on appelle un nerveux. Son caractère est très égal, plutôt calme et pondéré, peu impressionnable. Jamais en aucune circonstance il n'a présenté de délire ou des troubles mentaux d'aucune sorte.

L'an dernier, après avoir présenté des symptômes de suppuration hépatique, affection diagnostiquée d'ailleurs par M. le Dr Vautrin à Nancy, il est opéré par ce chirurgien. — Vaste cavité abcédée; on évacue le pus et on bourre la poche, qui est très considérable, avec un paquet de gaze iodoformée. — Au réveil, après anesthésie au chloroforme, le malade revient parfaitement à lui et cause d'une façon très sensée. Il n'a aucun trouble mental.

Dans la nuit un peu de délire.

Le lendemain matin le malade présente des idées délirantes; il s'agit d'un délire tranquille et doux. On note des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ce jeune homme voit des ouvriers travaillant près de lui; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'approchent, même pas les membres de

sa famille ; il exprime des idées incohérentes, mais sans délire de persécution.

M. Vautrin, en raison des dimensions de la poche suppurée et de la grande quantité de gaze iodoformée employée pour le tamponnement de cette cavité, pense à des manifestations d'intoxication iodoformique. Le deuxième jour, le délire persistant, on retire la gaze iodoformée et on tamponne avec de la gaze boriquée.

Les idées délirantes s'atténuent peu à peu et en moins de huit jours tout trouble mental avait disparu.

Depuis cette époque, malgré une suppuration prolongée ayant nécessité le port de drains pendant plusieurs mois, aucun trouble intellectuel ne s'est développé.

Aujourd'hui, le malade complètement remis, a repris sa vie ordinaire : il n'a aucune manifestation nerveuse ni psychique.

On ne saurait donc, dans cette observation, mettre le délire sur le compte d'autre chose que de l'action de l'iodoforme. En effet, l'infection existait depuis longtemps comme en témoignaient la présence et les dimensions de l'abcès hépatique, or il n'y avait pas de délire. Cette suppuration a persisté ensuite pendant plusieurs mois sans que le sujet présentât de troubles mentaux.

On ne peut incriminer l'action du chloroforme, car le délire n'a commencé que près de vingt-quatre heures après l'opération. Enfin, il est intéressant de noter qu'aussitôt après la suppression du tamponnement iodoformé, le délire a commencé à diminuer pour disparaître

complètement et d'une façon définitive, au bout de huit jours.

Il nous semble donc que dans cette observation, on ne peut véritablement incriminer que l'action de l'iodoforme sur un sujet déjà affaibli par une longue suppuration antérieure, et ébranlé par l'action chirurgicale qui naturellement s'imposait d'une façon impérieuse dans ce cas.

A côté des intoxications par des substances anesthésiques ou médicamenteuses se rangent naturellement les auto-intoxications. C'est ici surtout que la nature de l'intervention peut avoir une grande importance.

Sans reparler des troubles intellectuels consécutifs à une intervention qui supprime le corps thyroïde, faits qui sont aujourd'hui bien connus depuis les recherches de Reverdin et de Kocher en particulier, nous nous arrêterons un instant aux opérations qui suppriment des organes préposés à une sécrétion interne suivant la théorie de Brown-Séquard.

On connaît les troubles intellectuels consécutifs à la castration chez l'homme ; ils ont été l'objet de recherches intéressantes surtout dans ces dernières années où l'on s'est occupé du traitement de l'hypertrophie de la prostate par différents procédés et particulièrement par la résection des canaux déférents. Les observations de ce genre sont aujourd'hui nombreuses.

De même chez la femme on a incriminé les opérations gynécologiques d'une façon générale et la castration en particulier, supprimant ainsi la sécrétion interne de

l'ovaire. Qu'il nous suffise de rappeler à ce sujet les travaux de Mainzer (1) de Berlin, de Mond (2), de Chrobach (3) de Vienne, de Muret (4) de Lausanne, de Jayle (5) et de Lissac (6) de Paris, enfin la thèse de Mme Margolies (Paris 1898). Curatulo dans son intéressant travail est arrivé aux conclusions que voici :

1° L'ablation des ovaires exerce une influence considérable sur le métabolisme organique;

2° La quantité des phosphates éliminés par les urines est notablement diminuée après la castration;

3° La courbe de l'azote après l'ovariotomie présente une légère oscillation sans tendance bien nette à l'élévation ou à l'abaissement;

4° Après la castration, la quantité de CO_2 éliminée par la respiration et celle de l'O. absorbé diminuent considérablement jusqu'à une certaine limite à partir de laquelle elle reste stationnaire;

5° Chez les animaux castrés la courbe du poids s'élève progressivement jusqu'à atteindre des proportions considérables, cinq ou six mois après l'opération;

6° Quand on fait des injections de suc ovarique à une certaine dose à des chiennes castrées, la quantité des

(1) Mainzer. — *Deut. Med. Woch.*, n° 12, 19 mars 1886.

(2) Mond. — Munich, *Med. Woch.*, n° 14, 7 avril 1896.

(3) Chrobach. — *Central f. gyn.*, n° 28. — 1896.

(4) Muret. — Soc. Vaudoise de Méd. — 18 juin 1896.

(5) Jayles. — *Presse Méd.*, 9 mai et 29 août 1896.

(6) Lissac. — Th. Paris 1896.

phosphates éliminés par les urines qui avait diminué considérablement après l'opération, tend à augmenter et à devenir même supérieure à celle d'avant l'opération.

Avec des injections à doses plus fortes encore, la quantité de phosphates augmente d'une façon tout à fait notable. Cette augmentation n'est pas proportionnelle à la quantité des phosphates contenus dans le suc ovarique injecté;

7° L'hystérectomie faite conjointement avec l'ovariotomie, ne paraît pas déterminer des modifications autres que celles qu'on constate après une castration simple.

Les recherches faites sur l'opothérapie ovarienne devront trancher cette question; actuellement il semble que les recherches sont encore un peu récentes. Pourtant, sans parler de la statistique de Jacobs (*La Polyclinique* n° 23, 1896) qui comporte 51 cas avec 11 guérisons et 11 améliorations notables, nous rappellerons la statistique déjà importante de Jayle, qui compte 300 cas, Jayle d'ailleurs, qui a une grande compétence en cette matière, n'a pas vu beaucoup de troubles mentaux après la castration ovarienne. En tout cas il dit que pour lui la prédisposition personnelle ou héréditaire est indispensable.

On trouvera du reste sur ce sujet d'intéressantes statistiques dans la thèse de Vène (1891) et dans la communication faite par M. Picqué à la Société de Chirurgie en mars 1898. Nous y renvoyons le lecteur.

Enfin Mme Margolies arrive aux conclusions suivantes :

« C'est après les grandes opérations gynécologiques, les ovariectomies unilatérales ou doubles surtout, qu'on observe le plus fréquemment les psychoses post-opératoires.

« L'opération, comme les autres causes extérieures des psychoses accidentelles, paraît agir surtout par voie d'infection ou d'auto-intoxication, qui peut tenir à différents processus, une infection microbienne surtout; mais on peut supposer peut-être qu'elle survient aussi dans quelques cas par inhibition réflexe d'une fonction éliminatoire ou par l'abolition d'une sécrétion interne. »

OBSERVATION IV

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Six mois plus tard, folie (délire de persécution). (Ch. Monod, *Bulletin de Chirurgie*, 30 mars 1898.)

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, à qui j'ai enlevé, en février dernier (1897), à Saint-Antoine, par hystérectomie abdominale totale, un volumineux fibrome.

Cette dame avait déjà été opérée par moi, en ville, onze ans auparavant, pour un fibrome intra-utérin, extrait par les voies naturelles après débridement du col (1).

(1) La pièce et la relation de la première opération ont été présentées à la Société de Chirurgie en 1886 (*Bull. et Mém. de la Soc. de Ch.*, 1886, tome XII, p. 768).

Elle était, à cette époque, parfaitement saine d'esprit ; et l'opération subie n'avait été suivie d'aucun trouble. Bien au contraire, grâce à la cessation des hémorrhagies abondantes dont elle souffrait, sa santé générale s'était améliorée.

Mais depuis lors, elle avait perdu son mari ; elle restait seule au monde. Il paraît qu'elle avait eu aussi quelques revers de fortune.

Rien cependant n'attirait l'attention sur son état psychique. Son médecin ordinaire, mon ami le Dr Rémond qui avait assisté à la première opération et m'adressait à nouveau la malade, qui par conséquent la connaissait et la suivait depuis longtemps, m'écrivait dernièrement que jamais ni chez elle, ni dans sa famille, on n'avait jamais rien constaté qui relevât de l'aliénation mentale.

Je dois dire, cependant, que pendant son séjour à l'hôpital elle nous avait paru particulièrement excitable et par moments presque violente. Elle redoutait beaucoup l'opération qu'elle devait subir. Au moment d'y procéder, elle fut prise d'une telle agitation que je déclarai renoncer à l'intervention et quittai la chambre. Elle me fit rappeler au bout de quelques instants, me demandant pardon, et se laissa endormir sans autre protestation.

Plus tard, pendant la convalescence, elle se montra souvent difficile, aisément mécontente de tout et de tous. De plus, à peu près complètement guérie, elle allait trouver les malades voisines du pavillon, qu'elle savait sur le point d'être opérées, les effrayait, leur disait qu'elle avait eu bien de la chance de « n'y être pas restée », qu'il n'en serait sans doute pas de même pour les autres, et les poussait à quitter l'hôpital. Si bien que je dus hâter son propre départ.

Je l'avais depuis lors perdue de vue, lorsqu'en novembre dernier (1897), elle arrive chez moi, l'air sombre, égaré. Ses premiers mots furent : « Voyons, qu'est-ce qu'il y a donc ? on a changé votre domestique » ; elle me laissait entendre que je lui avais tendu quelque piège. Elle me parla aussitôt d'ennemis imaginaires qui la poursuivent, des dangers qu'elle court dans la rue, des embarras de voitures que l'on crée à plaisir devant elle pour l'empêcher d'avancer, tout cela mêlé à la crainte d'être impliquée dans l'affaire Dreyfus qui commençait alors à agiter les esprits.

Bref, elle était évidemment en proie au délire de la persécution :

Deux mois plus tard, elle revenait, plus calme, mais non moins délirante. Elle semblait profondément malheureuse et se mit à pleurer ; me supplia de venir à son secours, et quand je lui demandai à quel sujet, ne me répondit que par des soupirs. Elle a, de plus, de véritables divagations ; elle nie avoir été opérée, ou du moins ne croit pas l'avoir été par moi ; affirme que son mari n'est pas mort, qu'on le lui cache, et qu'elle saura bien le retrouver, etc.

J'ai su depuis que cet état datait du mois d'octobre 1897. La malade avait été prise aux magasins du Louvre d'une crise de kleptomanie. Arrêtée, conduite au poste, elle avait été presque aussitôt relâchée, après informations recueillies chez elle. Elle racontait plus tard n'avoir commis ce vol que pour se venger du magasin, qui lui avait manqué une robe ! preuve d'un esprit dérangé. Ensuite est venu le délire de persécution dont je vous ai parlé, qui dure encore, mais qui semble, aux dernières nouvelles reçues, en voie de diminution.

OBSERVATION V. (In thèse de Truelle).

(Recueillie dans le service du Dr Febvre, médecin en chef
à l'asile de Ville-Evrard.)

Mme B..., concierge, âgée de 48 ans, entre pour la première fois à l'asile Ste-Anne, le 22 décembre 1897; un médecin de la ville avait établi le certificat suivant :

Accidents cérébraux (folie des grandeurs), consécutifs à une opération (extirpation d'un kyste ovarien) couronné de succès, faite à l'hôpital Lariboisière.

Or, voici l'histoire de notre malade telle que nous avons pu la reconstituer :

Antécédents héréditaires : Mère morte quand la malade avait 6 mois, de cause inconnue ; n'aurait pas présenté de troubles mentaux.

Père mort à 72 ans ; s'est remarié après la mort de sa première femme : il buvait et s'enivrait fréquemment.

Un frère parti en Amérique et sur lequel nous n'avons pu avoir de renseignements.

Un second frère, nerveux, bizarre d'humeur, excentrique.

Un autre frère, qui a disparu depuis une douzaine d'années, sans avoir jamais donné de ses nouvelles. D'abord clerc de notaire, il a entrepris ensuite divers métiers, dont il n'a pu faire réussir aucun.

Une sœur mariée, robuste, qui ne paraît pas avoir de troubles mentaux.

Antécédents personnels : Notre malade qui est la cinquième de ces enfants a été réglée à 15 ans, ses menstrues

arrivaient toujours avec une avance d'un à deux jours. Elle ne peut nous donner de renseignements précis sur son enfance; elle aurait reçu une certaine instruction, qu'elle exagère du reste, sans trop de difficultés. Elle n'a jamais fait aucune maladie.

De tout temps, elle-même l'avoue, et son mari le confirme, elle a été impressionnable, peureuse, émotive : lorsqu'il lui fallait traverser une place ou une rue encombrée de voitures, elle n'osait le faire, et préférait s'exposer à un détour quelquefois long — elle n'avait cependant pas alors d'angoisse, affirme-t-elle. — Elle s'emportait volontiers, se mettait facilement en colère, mais cela ne durait pas.

Ménopause à 46 ans, sans aucune manifestation morbide physique ou mentale. C'est à cette époque pourtant qu'elle a commencé à s'apercevoir que son ventre grossissait; bientôt apparurent des métrorragies abondantes qui durèrent pendant 17 mois, jusqu'à son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire jusqu'au 18 octobre 1897.

Elle s'était fait admettre à Lariboisière, sans soupçonner qu'il fût nécessaire de pratiquer une opération sérieuse, croyant qu'il s'agissait d'une poche où les règles s'étaient accumulées, et qu'il allait suffire d'une simple ponction pour évacuer ce qu'elle pensait être une collection sanguine. Aussi fut-elle effrayée lorsqu'on décida de l'opérer.

Néanmoins l'opération qu'on pratique le 21 octobre réussit sans complication. Endormie au chloroforme sans difficulté, Mme B. se réveilla au bout d'une heure et demie; elle n'eut ni vomissements, ni agitation consécutive. Laparotomie médiane, ponction et extirpation d'un kyste parovarien uniloculaire du côté droit; ablation des deux ovaires; sutures, pansement au stéréso. Au 9^e jour on

enlève les fils et on panse à la gaze salolée; pas de fièvre, pas de suppuration; mais vu l'état général d'affaiblissement de la malade, on lui donne pendant la première semaine deux verres de champagne et un pot de thé au rhum par jour; dans les trois premiers jours qui suivirent l'intervention on pratiqua en outre des injections intra-musculaires de sérum artificiel (5 à 600 grammes par jour).

Au bout de 4 semaines, on l'envoie en convalescence au Vésinet, le 3 décembre. Là, elle reste calme jusqu'au 14 du même mois; à ce moment elle commence à laisser percer quelques idées vagues de persécution: les autres malades se moquent d'elle, on la fait coucher dans des draps qui ont servi à tout le monde, on dit qu'elle est anémique, qu'elle n'en reviendra pas. Elle tombe peu à peu dans la dépression mélancolique, s'afflige, se lamente, ne dort plus, refuse de manger; ramenée le 17 décembre à Lariboisière, elle y reste deux jours, puis est reprise par son mari. Là, elle ne tarde pas à s'exalter, devient loquace, a des illusions de vue: le ciel étant un soir couvert de rougeur, elle croit que c'est un incendie et s'effraye. Au milieu de cela quelques idées, sans suite, de grandeur: elle est très riche, écrit mieux que personne, elle est très savante.

Le 22, son mari doit la conduire à Sainte-Anne, d'où elle est envoyée immédiatement à l'asile de Ville-Evrard. Son exaltation, légère d'ailleurs, persiste une quinzaine de jours, avec le même caractère d'incohérence, des illusions fugaces de l'ouïe et de la vue, des bouffées ambitieuses, suivies de périodes de dépression avec idées confuses de persécution: on la regarde d'un mauvais œil, on cherche à lui créer des ennuis.

Peu à peu tout cela disparaît; l'état général qui était très

faibli se remonte, et actuellement la malade semble revenue à son état normal (janvier 1898). Elle raconte volontiers son histoire, mais d'une façon un peu enfantine, elle paraît très satisfaite d'elle-même, dont elle aime à parler volontiers, rit à ses bons mots, détaille avec complaisance les services qu'elle rend à l'asile ; somme toute, légère note de débilité mentale.

Légère asymétrie faciale, lobules des oreilles adhérents, implantation vicieuse des dents.

Il s'agit donc ici à n'en pas douter d'une dégénérée, la forme même de son délire rappelle de tous points ceux qu'on observe volontiers chez cette catégorie d'individus.

Du reste, d'autres auto-intoxications peuvent encore entrer ici en ligne de compte. Chacun sait, en effet, que les interventions chirurgicales chez les individus déjà porteurs d'une affection grave des reins, du cœur, du foie, sont sérieuses et peuvent être suivies de troubles mentaux et d'idées délirantes, soit qu'il s'agisse d'une véritable folie brigthique, d'un délire asystolique ; soit qu'on ait affaire à un diabétique (voir thèse de Ricordeau), ou à un alcoolique frappé d'insuffisance hépatique. Sans doute, ces malades étaient déjà porteurs en puissance de leur trouble mental ; mais il n'en est pas moins vrai que ce délire n'a fait son apparition qu'à l'occasion d'une intervention chirurgicale ; il faut donc bien malgré tout incriminer jusqu'à un certain point cette dernière cause.

III. PSYCHOSES PAR PRÉDISPOSITION NÉVROPATHIQUE

Cette question de la prédisposition névropathique est une de celles qui ont été le plus discutées sans que les auteurs soient arrivés à se mettre d'accord. On peut dire d'une façon certaine actuellement, d'après un certain nombre d'observations bien établies, que l'intervention chirurgicale chez un nerveux peut déterminer l'éclosion des accidents délirants. Mais ce qui est difficile à préciser, c'est ce qu'il faut entendre par cette prédisposition ! Pour être prédisposé, faut-il avoir présenté déjà des atteintes ultérieures d'aliénation. Faut-il être, un dégénéré porteur des stigmates de cette dégénérescence, ou bien ces troubles singuliers sont-ils possibles chez un sujet qui présentait seulement quelques troubles névropathiques vagues, comme l'émotivité, l'instabilité du caractère, etc.

Si nous recherchons les opinions des auteurs sur ce sujet, nous les trouvons tous d'accord ou à peu près : « Pas de psychose post opératoire sans prédisposition antérieure ». Mais où l'accord cesse maintenant, c'est quand il s'agit de s'expliquer sur la signification du mot prédisposition.

Voyons ce que les faits nous enseignent à ce sujet ? Nous trouvons en compulsant les observations connues et celles que nous avons pu recueillir, trois catégories de faits :

1° Dans les uns, sur lesquels MM. Picqué et Briand ont longuement insisté à la Société de chirurgie, on se trouve en face d'aliénés avérés, chez lesquels l'opération détermine une recrudescence des symptômes, ou fait dévier pour ainsi dire le délire de sa voie primitive en devenant une source d'interprétation nouvelle. Chez ces malades, comme le fait très justement remarquer M. Picqué, il faut savoir se défendre de l'opération et ne pas oublier que ces sujets, désireux d'en subir une, sont capables de toutes les simulations pour arriver à tromper et à décider le chirurgien. Voici du reste quelques exemples de ce genre que nous empruntons à la communication de MM. Picqué et Briand.

OBSERVATION VI

(In Picqué et Briand) (1)

Jeanne D..., âgée de trente-quatre ans.

Antécédents héréditaires : *Tante* : caractère bizarre, nerveux. S'est brouillée avec tous ses parents. *Mère* : paraît exaltée, partage complètement les idées fixes de sa fille ; très faible de tête, très impressionnable, a été atteinte de chorée. *Grand-père maternel* : alcoolique ; méchant. *Grand-mère maternelle* : caractère difficile. *Père* : aimait boire, dépensait beaucoup, ne travaillait pas ; a abandonné sa femme. *Cousin-germain de la mère* : tentative de suicide. *Arrière grand-père maternel* : buveur, dissipateur.

(1) Picqué et Briand, *Soc. de chir.*, 2 mars 1898.

Antécédents personnels : Pas de maladie nerveuse antérieure. En 1893, elle se plaint d'hémorroïdes, on lui fait une dilatation anale ; cette opération fut suivie de douleurs vives dans la colonne vertébrale avec raideur dans les membres inférieurs ; elle est soignée pour une affection de la moelle ; elle est convaincue qu'elle a une lésion grave de la colonne vertébrale.

En 1894, un médecin de province porte le diagnostic de rétroversion utérine qui impressionne vivement la malade. Elle va dès lors consulter un chirurgien connu qui constate un très léger déplacement utérin facile à réduire et engage la malade à ne pas s'en préoccuper. Mais quelque temps après, très effrayée de ce prétendu déplacement qui cependant ne la faisait pas souffrir, elle est admise à l'hôpital sur ses instances pressantes et répétées.

Divers médecins appelés en consultation considèrent le déplacement utérin comme insignifiant, mais ne réussissent pas à convaincre la malade qu'elle n'a pas, comme elle se l'imagine, une infirmité grave.

Persuadé qu'il avait affaire à une hypochondriaque obsédée par un mal imaginaire, le chirurgien résolut d'agir par suggestion en pratiquant une *opération simulée* avec l'autorisation de la famille.

Il a annoncé à la malade qu'il allait l'opérer, qu'il lui redresserait l'utérus (février 1894).

Après les préparatifs habituels des grandes opérations (chloroforme), une incision abdominale fut faite de l'ombilic au pubis ; c'est à cela que se borna l'intervention chirurgicale. L'hystéropexie imaginaire subie par la malade n'eut aucun résultat favorable.

Les sensations douloureuses dans les cuisses, les han-

ches et les reins augmentèrent. La malade garde le lit d'une façon permanente. Convaincue qu'elle avait été opérée réellement, *elle se figura qu'elle avait été mal opérée*, que sa matrice était de travers, *qu'elle se détachait et roulait dans le ventre*. C'est alors qu'elle fut prise de l'idée fixe qu'elle ne pouvait plus bouger du lit sans danger, et ne le quitta plus.

Elle se plaignait de douleurs continues dans les reins et dans le flanc gauche, douleurs qui s'exaspéraient par la marche ; elle éprouvait également une douleur dans la cuisse gauche, du genou à la hanche. Elle supplia le chirurgien de l'opérer de nouveau ; sur son refus, elle courut de médecin en médecin, pour faire contrôler son infirmité, accusant le chirurgien de l'avoir estropiée. Un voyage à Lourdes n'eût aucun résultat. Le 10 août 1894, elle fut admise à l'asile d'aliénés de la Charité comme atteinte de lypémanie avec prédominance d'idées hypocondriaques ; elle se lamentait, prétendait souffrir beaucoup et ne pouvoir marcher. Elle en sort le 20 septembre 1894, dans le même état. Elle poursuit le chirurgien de récriminations, et lui adresse des lettres de reproches et de menaces. Sa mère, influencée par les idées obsédantes de sa fille, partage ses préoccupations hypocondriaques.

En avril 1895, la malade consulte un de nos collègues des hôpitaux, qui constate l'intégrité des organes abdominaux ; D... se plaint de douleurs continues dans le ventre, les reins et les deux cuisses, et déclare sa situation intolérable. On porte le diagnostic de *névralgie pelvienne*.

Notre collègue, en raison de l'intensité des douleurs et du mauvais état général, pratique l'hystérectomie vaginale, qui permet de constater l'absence de lésions des

ovaires et des trompes. Les suites de l'opération furent normales. Mais aucun résultat au point de vue des phénomènes douloureux et de l'impotence. La malade revient à Paris, en proie à l'idée fixe qu'elle a toute sorte de choses dérangées dans le ventre ; elle donne de ses maux des descriptions fantastiques. Notre collègue, voulant agir par suggestion, fait une laparotomie exploratrice qui montre tous les organes abdominaux en parfait état. Aucun résultat ne suivit cette troisième intervention chirurgicale. La malade garde toujours le lit, prétend qu'elle ne peut se tenir sur les jambes, et se plaint de douleurs dans les reins et les membres inférieurs. Notre collègue envoie la malade à Sainte-Anne, le 6 janvier 1896, avec certificat constatant que Jeanne D..., « ayant subi successivement deux opérations, est atteinte de troubles mentaux antérieurs à ces opérations et qui nécessitent l'admission dans un asile spécial ».

D'après la tante de la malade, le début des troubles nerveux remonte à trois ans. Elle se plaignait d'un malaise général, de douleurs dans les jambes, dans le ventre. La tante a toujours pensé qu'il y avait dans ses plaintes une part d'exagération ; la malade considérait sa mort comme prochaine. Après chaque opération, les préoccupations hypocondriaques ont été en s'accroissant ; la malade affirmait qu'elle ne pouvait jamais être guérie, qu'elle avait été mal opérée ; elle ne pensait qu'à sa maladie, continuellement obsédée par ses préoccupations hypocondriaques.

Chez sa tante, elle avait des façons singulières ; se tenait au lit couchée sur le côté gauche, la tête pendante hors du lit, prétendant que cette position la soulageait.

Elle éprouve des *sensations étranges* ; il lui semble que

ses reins se rétrécissent, que tout se rétrécit sur elle, que le côté gauche est vide, que l'estomac est rétréci, elle croit que les fils n'ont pas été bien attachés, qu'elle est toute défaite dans le ventre, les reins, le côté gauche ; on a mal replacé les organes, dit-elle ; il y a quelque chose de décroché ; elle veut qu'on le lui remette.

Exagération très notable des réflexes rotuliens à droite et à gauche.

Diminution très légère de la sensibilité au membre inférieur gauche.

La main gauche n'exerce qu'une pression très faible ; pas de thermo-anesthésie.

Elle s'imagine ne pouvoir ni marcher ni se tenir sur ses jambes, bien qu'elle puisse en réalité le faire quand on insiste. La malade marche à petits pas en se plaignant que la douleur des reins l'empêche d'aller plus vite ; parfois elle glisse sur le sol sans détacher les pieds. Le traitement hydrothérapique est institué malgré la répugnance à s'y soumettre. Au début, elle s'y traîne, appuyée sur deux infirmières. A chaque visite, ou contre-visite, tout le personnel lui répète qu'elle est guérie ; quelques jours après, elle commence à marcher droite, sans se courber en deux comme elle le faisait ordinairement ; elle peut, étant assise à terre, se relever sans aide et sans s'appuyer aux meubles voisins ; elle peut étendre ses jambes horizontalement ; la jambe gauche est cependant plus faible. Elle se plaint surtout de l'estomac (sensation d'étouffement), des reins, des jambes.

La *suggestion à l'état de veille* paraît amener un réel progrès. Les premiers essais déterminent de l'anxiété, il

faut rassurer la malade en lui disant qu'on la soutiendra en cas de chute, et que d'ailleurs l'hydrothérapie l'a guérie.

Quelques jours après, on soumet la malade à l'hypnotisme pour parfaire la guérison. Elle n'est pas plongée dans un sommeil complet, mais dans un léger assoupissement. On profite de cet état pour lui suggérer que ses douleurs disparaissent, qu'elle pourra marcher sans aide. Le jour même, on observe une notable amélioration dans la marche ; elle marche seule sans fléchir le tronc. On peut même lui faire exécuter un saut de plus d'un mètre de haut à plusieurs reprises. La malade se déclare alors guérie.

Le lendemain et les jours suivants jusqu'au moment de la sortie, elle peut monter sur une table et sauter à terre sans éprouver aucun malaise. Elle reconnaît que son imagination seule était malade et promet de venir nous consulter avant de solliciter de nouvelles interventions chirurgicales si les idées hypocondriaques venaient à la reprendre.

Il est bien évident que dans cette observation, il eut été plus sage de s'abstenir de toute intervention et nous pensons que si les opérations urgentes (hernie étranglée, occlusion, etc., etc.) ne doivent pas être retardées par ce fait que le sujet est aliéné, au contraire toutes les interventions qui, en somme, n'ont rien d'indispensable surtout étant données les conditions de vie de ces malades, doivent être rejetées. A plus forte raison donc, on n'attendra pas trop, d'une opération simulée en vue de frapper l'esprit de la malade ; loin d'avoir un heureux résultat, elles peuvent exalter l'affection mentale. D'ail-

leurs, si l'opération simulée pouvaient produire quelques effets, on aurait d'autres moyens meilleurs d'obtenir le même résultat, par exemple, par la suggestion, soit à l'état de veille, soit dans le sommeil hypnotique.

Ces opérations sont donc mauvaises, mais il faut bien reconnaître que dans certaines circonstances, elles ne peuvent être durement reprochées au chirurgien que la maladie induit en erreur par son insistance à décrire des douleurs vives et des symptômes bizarres. Il est bon toutefois de mettre ces faits en évidence, afin que les opérateurs soient bien prévenus de ces cas difficiles et dont il faut se défier. Comme le dit M. Picqué, le chirurgien est parfois, à la longue suggestionné par le malade lui-même; il faut l'éviter.

OBSERVATION VII (M. Picqué)

H... (Louise-Frédérique), quarante-sept ans. La malade a eu trois enfants : l'un venu avant terme est mort en bas-âge de dysenterie; des autres, la fille aînée est normale; la deuxième paraît au contraire présenter le caractère d'une dégénérée. Toujours elle a été bizarre et a constamment eu pour sa mère une véritable antipathie.

La malade elle-même présente un léger strabisme convergent de l'œil gauche et une implantation vicieuse des dents. Fièvre typhoïde en 1877 et en 1882; en 1882, la maladie a été compliquée d'un érysipèle de la face.

Première entrée : 6 juin 1884, à Sainte-Anne, avec dia-

gnostic de mélancolie avec prédominance d'idées de persécution, fausses interprétations, tendance au suicide.

La malade est traitée successivement à Sainte-Anne, à Villejuif et à Braqueville (Toulouse) où elle a été transférée. Après quatre mois de séjour à Braqueville, elle est sortie sur la réclamation d'une surveillante d'Andral en décembre 1886. Le 14 avril 1893, elle entre à Paris dans un service de chirurgie pour des métrorragies abondantes ; le 23 avril, un de nos collègues pratique l'ovariotomie pour un kyste de l'ovaire. Elle reste cinq semaines à l'hôpital après l'opération, va au Vésinet et sort définitivement. Un an après, le 22 avril 1894, elle rentre à Villejuif sur sa propre demande, comme placement volontaire. La vraie cause de sa demande est qu'elle se livre à des habitudes d'onanisme auxquelles elle a voulu renoncer, mais en vain. Elle sentait qu'il lui fallait changer de milieu, se séparer de gens qui exerçaient sur elle une influence néfaste, elle voulait s'isoler, se séquestrer dans un asile où elle ne serait plus exposée, disait-elle, aux excitations malsaines qui l'avaient poussée à la masturbation. Telle fut la vraie cause de son placement volontaire, cause qu'elle a masquée sous une fausse crainte de tomber dans la misère. Elle avait conscience que ses habitudes d'onanisme lui étaient nuisibles, et c'est dans le but de se guérir qu'elle a sollicité son entrée à Villejuif en 1894. La malade avoue que la perspective « de ne plus avoir d'ovaires » l'avait beaucoup tourmentée avant l'opération. Elle s'était laissée opérer par nécessité, ne pouvant faire autrement, mais le chagrin de la castration l'a depuis, dit-elle, longtemps poursuivie et la rendait jalouse de sa fille.

2° A côté des opérations chez les aliénés qui constituent, en somme, une catégorie tout à fait à part, il faut ranger les psychoses post opératoires survenant chez des sujets qui n'étaient pas des aliénés, mais dans les antécédents héréditaires ou personnels desquels on retrouve nettement des phénomènes mentaux ou nerveux bien caractérisés.

C'est le cas dans l'observation suivante :

OBSERVATION VIII (*Picqué et Briand*)

C... (Jouanné), quarante-deux ans, entre à Villejuif dans le service de M. le Dr Briand, le 3 février 1896. Elle venait de la maison de Santé du Dr Pottier où elle était restée environ onze mois pour un délire mélancolique avec idées de persécution.

A son arrivée, la malade est dans cet état mélancolique avec demi-conscience et prédominant d'idées hypocondriaques. Elle n'a pas d'antécédents personnels ou héréditaires, mais elle a toujours présenté un caractère bizarre. Elle est triste, dit-elle, parce qu'elle est malade, et elle accuse son médecin de l'avoir opérée sans nécessité.

Elle fut, en effet, opérée par un de nos collègues, le 25 août 1894, dans son service d'hôpital.

Voici quel est son récit : En 1893, elle était tombée sur un trottoir et s'est fait une contusion à la cuisse, un peu au-dessus du genou. Cet accident ne l'empêcha pas de marcher, mais il en résulta une douleur qui persista pendant une année.

En août 1894, elle est entrée dans un hôpital où elle aurait été opérée malgré elle !!!

Elle croyait en tout cas avoir besoin d'une opération à la cuisse, et elle fut toute surprise de constater qu'elle avait subi une opération abdominale ; elle croit n'avoir jamais rien eu du côté des organes génitaux.

Sur ma demande, mon collègue a copié sur son registre d'opération, pour me la remettre, la note suivante : « Enorme poche suppurée rétro et sus-utérine venant faire saillie jusqu'à l'ombilic. Laparotomie, contre-ouverture et drainage. Guérison ».

Après cinquante-deux jours de séjour à l'hôpital, elle rentra chez elle et, un an après, elle fut admise chez le Dr Pottier.

Dans l'intervalle, elle eut, dit-elle, à subir mille tracasseries de la part de son mari. Elle raconte qu'elle n'osait plus manger craignant d'être empoisonnée par lui. Elle l'accusait même de la délaisser complètement et de l'avoir fait opérer, puis interner pour se débarrasser d'elle. Les médecins, dit-elle, ont été les complices de son mari.

Ce sont les dires ordinaires des persécutés classiques.

Cet état de mélancolie s'aggrave d'ailleurs progressivement ; elle se croit entourée d'ennemis. Elle pense qu'elle est condamnée à mourir, que sa santé a été absolument troublée depuis l'opération et elle le répète à grands cris, accusant de plus en plus les médecins et son entourage.

M. Walther à la société de chirurgie, le 23 mars 1898, complète en ces termes l'observation : c'est moi qui ai opéré cette malade dans les conditions suivantes qui sont précisées dans l'observation prise en 1894 par M. Beaus-

senat, interne de M. Monod que je suppléais à l'Hopital Saint-Antoine.

Agée de 38 ans, elle avait eu déjà douze ans auparavant un phlegmon du ligament large qu'on avait incisé par le vagin ; depuis cette époque elle avait continuellement souffert d'une métrite qui s'était manifestée à plusieurs reprises par des crises aiguës. — En 1894 des accidents abdominaux graves s'étant produits, elle consulta successivement Monsieur Picqué, puis Monsieur Jalaguier, et mes deux collègues ayant constaté dans l'abdomen la présence d'une volumineuse collection suppurée, lui conseillèrent une opération. — Elle se décida à entrer à l'Hopital où je dus l'opérer d'urgence le matin même de son admission après avoir reconnu l'existence d'une péritonite suppurée, formant une poche qui s'étendait du cul-de-sac de Douglas jusqu'au niveau de l'ombilic.

Je me contentai d'inciser largement cette poche et d'établir un drainage vaginal sans toucher à l'utérus ni à ses annexes.

La guérison se fit sans incident. — J'ajouterai que, autant que j'ai pu m'en apercevoir à l'époque où j'opérai cette malade les troubles mentaux qui se sont accentués dans la suite, existaient bien avant mon intervention.

3^e Enfin dans une dernière catégorie nous rangerons les cas où il n'y a pas de prédisposition apparente, comme dans les précédents. Sans doute en recherchant et après coup dans les antécédents d'un malade, avec l'idée préconçue malgré tout, de lui trouver quelque

trace de nervosisme, il est bien rare qu'on n'en puisse décèler. — Et d'ailleurs quel individu bien portant, exempt de toute tare nerveuse même légère, pourrait affirmer qu'il n'a pas eu une parente un peu nerveuse dans sa famille ?

En fait il est certain que les psychoses peuvent survenir chez les gens impressionnables ; par exemple à la suite de la préoccupation donnée par une opération prévue depuis longtemps, ou bien à la suite de la vive et brusque émotion déterminée par la décision rapide d'une intervention d'urgence.

Est-il absolument besoin, du reste, d'avoir une prédisposition héréditaire ; ne peut-elle pas être acquise ? Personne ne le nie, mais alors pourquoi l'opération par l'ébranlement moral violent qu'elle peut déterminer, sur un cerveau déjà affaibli par la maladie elle-même ne serait-elle pas capable de faire naître la prédisposition à ce moment. La durée des souffrances antérieures, leur intensité, l'infection, la préoccupation qu'apporte la maladie par elle-même, le trouble qu'elle jette dans la vie et les affaires du malade, ne sont-ils pas capables de préparer un cerveau pour une psychose ? Il suffirait alors de la secousse morale et physique produite par l'acte chirurgical pour que le délire fasse son apparition. — Voici quelques observations de ces psychoses :

OBSERVATION IX (Picqué)

Femme normale. Grossesse tubaire avec rupture, opérée le 7 novembre 1890 avec succès ; les douleurs violentes

avaient disparu, et la malade, qui désirait l'opération, paraissait heureuse. Elle se plaignait d'une soif vive et demandait à boire ; mais le lendemain, à la visite le chirurgien refusa d'augmenter la quantité de liquide. Elle lui jeta alors un regard singulier, et à peine avait-il quitté la chambre, qu'elle saisit un couteau et se trancha l'artère radiale au pli du coude. Le sang coula sous les couvertures à l'insu des autres malades. Cinq minutes après, la religieuse entra dans la chambre et constata la mort.

Pas d'antécédents héréditaires chez cette malade.

L'auteur pense que c'est le seul désespoir de ne pas obtenir de liquide qui la poussa au suicide. Il s'agit donc là d'une mélancolie aiguë.

OBSERVATION X (Picqué)

Il s'agit d'une résection du genou (tuberculose).

Le pauvre malade était sur le point de quitter l'hôpital parfaitement guéri, lorsqu'il commença à ressentir, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté correspondant, une douleur d'abord sourde, puis aiguë.

Le chagrin de voir apparaître une nouvelle affection semblable à la première, fit éclater chez lui une crise de mélancolie avec tendance au suicide et idées de persécution, et il fut transporté à Sainte-Anne, puis à Villejuif, où je le trouvai, dans le service de mon collègue Vallon.

Il raconte qu'à l'hôpital, la surveillante lui voulait beaucoup de mal : que c'était à son instigation qu'il avait été interné, et que la nouvelle affection dont il était atteint était la conséquence des mauvais soins qu'il avait reçus.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu jusqu'ici qu'il peut se produire à la suite d'une opération des troubles psychiques, désignés par les auteurs sous le nom de psychoses post-opératoires. Sans chercher à établir si l'opération en elle-même, réduite au seul acte chirurgical, peut donner lieu à de tels troubles, sans vouloir en expliquer le mécanisme, nous nous contenterons de constater que ces troubles, moins fréquents, à la vérité, qu'on ne l'a dit, *existent*. Or, nous avons pu voir quelles en sont les causes les plus communes, il nous faut en tirer maintenant quelques données pratiques.

La question que nous avons à nous poser est donc celle-ci : peut-on éviter souvent, sinon toujours, les troubles psychiques post-opératoires, quelle qu'en soit l'essence ? et pour cela peut-on les prévoir dans une certaine mesure. C'est à quoi nous allons essayer de répondre dans ce dernier chapitre.

Il est très certain que la prédisposition nerveuse joue un grand rôle dans la production de ces délires, quelle qu'en soit la cause occasionnelle. Il faut donc s'efforcer d'apprendre à dépister cette prédisposition. Dans cer-

tains cas cela est facile, mais il en est d'autres où les difficultés sont très grandes.

Tout d'abord dans la première catégorie nous rangerons les malades qui sont déjà aliénés, ou ceux qui ont à un moment quelconque, antérieur à l'opération, présenté des troubles mentaux passagers ou plus ou moins durables.

MM. Picqué et Briand ont bien montré l'influence mauvaise de certaines opérations sur l'état mental de ces malades, et avec ces auteurs nous sommes absolument disposés à conclure qu'il faut chez ces sujets être très sobre d'opérations : on se contentera des opérations d'urgence et on les fera suffisantes sans doute, mais réduites au minimum. En tous cas, nous pensons qu'il faut proscrire complètement chez les dégénérés et les névropathes renforcés ces actions chirurgicales simulées, dont on n'a que trop tendance à abuser. M. Picqué montre qu'on ne doit guère attendre de bons résultats. Or, il nous semble que l'acte chirurgical ne doit pas être un mode de suggestion : l'expérience prouve que loin de guérir, il est souvent nuisible au contraire, et l'élever à la hauteur d'une méthode serait évidemment ouvrir la porte à de graves abus, sans aucun bénéfice pour les malades.

Ainsi donc, avant de se décider à une intervention sanglante, le chirurgien consciencieux devra interroger minutieusement les antécédents personnels et héréditaires de son malade et s'il trouve des signes de névropathie certaine et accusés, il devra en tenir le plus

grand compte dans sa décision et dans le pronostic de l'opération.

Il est impossible de fixer d'une façon précise, on le comprend, des contre-indications absolues de ce chef ; c'est au tact chirurgical et clinique à trancher cette question difficile dans chaque cas particulier.

Si l'opération est jugée nécessaire, il faudra réaliser deux conditions suivant les cas. S'agit-il d'une opération grave, à faire d'urgence ? le chirurgien tâchera de ne pas en effrayer le malade ; c'est l'entourage qu'il faut prévenir, en laissant au patient la plus grande tranquillité d'esprit possible.

Si l'on décide, au contraire, une intervention non urgente, il ne faut pas trop en retarder l'exécution, pour que le malade n'ait pas le loisir de vivre avec l'inquiétude chaque jour croissante et bientôt obsédante de l'opération qu'il doit subir et qu'il finit par voir de plus en plus grave. Il faut en particulier le soustraire aux milieux qui peuvent exagérer ses craintes ; c'est souvent là une condition de grande importance. Enfin il sera utile d'établir un traitement sédatif du système nerveux en attendant le moment d'intervenir.

En outre, on devra se préoccuper aussi de l'anesthésie : il faut ici employer la plus faible dose possible de chloroforme en particulier, afin de réduire au minimum cette cause d'intoxication. On préférera l'éther si cela est possible puisque, pour certains auteurs au moins, il donne moins d'accidents de ce genre. Peut-être pourrait-on mettre en usage l'emploi successif de bromure

d'éthyle et de chloroforme; ce mode d'anesthésie combiné a été essayé en 1893 et 1894 par M. Liésine (1) à la clinique du professeur Paulow; voici les conclusions auxquelles l'ont conduit deux ans d'expérience sur cent sujets :

1° L'anesthésie s'obtient rapidement au moyen de la narcose mixte; au bout de deux minutes en moyenne;

2° Pour amener l'anesthésie, il ne faut en général que 8,2 grammes de bromure d'éthyle, une quantité par conséquent peu élevée;

3° On n'observe pas d'accidents graves ni pendant la période préliminaire, ni pendant l'anesthésie;

4° Pour maintenir la narcose il ne faut que des quantités faibles de chloroforme, 0,9 grammes en moyenne par minute;

5° On n'observe pas de phénomènes graves consécutifs à l'anesthésie.

Il nous semble qu'en particulier chez certains sujets nerveux, que chez les alcooliques et les dégénérés, on pourrait par ce moyen obtenir une bonne anesthésie avec une dose minima d'anesthésique.

Enfin, les accidents septiques, qui aujourd'hui grâce aux progrès de nos méthodes actuelles, sont heureusement de plus en plus rares, seront l'objet de précautions redoublées.

On évitera l'emploi de l'iodoforme qui ne donne

(1) Liésine. — *Mercredi Médical*, 1894, 8 septembre.

d'ailleurs d'accidents délirants que rarement. On l'évitera surtout sous forme de gaze iodoformée, pour le tamponnement de vastes abcès, présentant une large surface d'absorption. Du reste l'évolution actuelle de la chirurgie moderne tend de plus en plus à remplacer l'antisepsie par l'asepsie chirurgicale.



CONCLUSIONS

Nous terminerons cette étude par quelques conclusions pour nous résumer.

1° Il existe des psychoses post opératoires, qui sont importantes à connaître pour le chirurgien. Leur existence a été contestée parce qu'elles ne forment pas un groupe autonome et varient dans leurs manifestations. Cela ne permet pas de dire qu'elles n'existent pas.

2° Qu'on en fasse ou non un chapitre spécial, ces psychoses doivent être étudiées, leurs causes doivent être recherchées avec soin, afin qu'on puisse les éviter dans la mesure du possible.

3° En les classant au point de vue étiologique, on a trois catégories.

a). Psychoses par infection.

b). Psychoses par intoxication : celles-ci comprenant les intoxications médicamenteuses (anesthésiques, antiseptiques) et les auto-intoxications (castration, suppression d'organes pourvus d'une sécrétion interne, maladies du foie, du cœur, des reins).

e). Psychoses par prédisposition névropathique.

4° Dans cette dernière catégorie, on peut séparer deux ordres de faits : les uns ont trait à des aliénés ou à des

dégénérés avérés; les autres surviennent chez des sujets sans tare nerveuse appréciable. — Chez ces derniers malades, de beaucoup il est vrai les moins nombreux, on peut se demander si la prédisposition aux psychoses n'a pas été acquise pour ainsi dire au moment même.

5° Quelle que soit l'opinion à laquelle on se rattache au point de vue théorique, il ressort de cette étude une donnée pratique qui est la suivante : le chirurgien en pesant le pour et le contre d'une opération, en en donnant le pronostic, doit tenir compte de l'état mental du sujet, de son état moral; il doit fouiller minutieusement les antécédents héréditaires et personnels du malade au point de vue nerveux.

6° On ne fera chez les aliénés que les opérations indispensables, on sera réservé chez les sujets qui sont des dégénérés avérés.

7° On tâchera, en tous cas, de réduire au minimum toutes les causes susceptibles de favoriser ou de produire la psychose et que nous avons déjà énumérées.



BIBLIOGRAPHIE

- AZAM. — De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes. In-8°, Bordeaux, 1858.
- ANGELUCCI ET PIERACCINI. — Opportunité et efficacité du traitement gynécologique dans les névroses hystériques et l'aliénation. *Riv. di frenatria*, XXIII, 1897.
- BALDY. — Folie survenant après les opérations gynécologiques. *Bull. méd.* 1891, p. 1076.
- BIAISDELL. — Ablation des ovaires dans la démence. *Med. Record*. 20 février 1896.
- BALDY. — Psychoses à la suite des opérations gynécologiques. *Méd. Age*. 15, 1892.
- BRODNITZ. — L'action de la castration sur l'organisme féminin. In-8°, Tubingue, 1890.
- BROCA. — Frénésie hystérique guérie par la laparotomie. *6^e Congr. frenati. itali.*, septembre 1889.
- BROWN-SÉQUARD. — Du liquide testiculaire. *Arch. de Physiolog.* n° 4, octobre 1889.
- BARWELL. — Délire vésanique durant 3 semaines consécutif à l'ovariotomie. *Lancet*, 21 mars 1884.
- ROBERT BICH. — Manie aiguë consécutive à une opération chirurgicale. *Bristich. Medic. Journ.*, avril 1884.
- BERGER. — Pansement à l'iodoforme. *Rev. des Sc. Médic.*, année 1883.

- BUM. — De l'intoxication par l'iodoforme. *Wien. Med. Presse*, n° 7, 1881.
- BALLET. — Les psychoses. *Traité de Médecine*.
- BONDURANT. — Deux cas d'aliénation mentale traités par l'ovariotomie. *Americ. Journal of Insanity*, janvier 1886.
- BOULENGIER. — Kyste de l'ovaire chez une aliénée. *Commun. à la Soc. de Méd.* In *Bulletin Méd.*, 23 décembre 1894.
- BATAILLE. — Traumatisme et Névropathie, *Thèse*. Paris, 1887.
- BAILLRRGER. — Influence de la menstruat. sur la transformat. de la manie en délire aigu. *Ann. médico-psychol.*, 1885.
- BALL ET RITTI. — *Dictionn. encyclop. des Sc. médic.*, t. XXII, p. 375.
- BUTLER SMITH. — Manie aigue consécutive à la rupture du rectum, 13 jours après une ovariectomie. *The Journ. of ment. sc.*, 1893.
- CANU. — Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme. Conséquences sociales de cette opération. *Thèse*, Paris, 1896.
- CROCK. — Etude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. Mém. couronné, Acad. Méd. belge, XIV, 1895.
- CASTAGNÉ. — De l'ablation des annexes de l'utérus dans l'hystérie. *Thèse*, Montpellier, 1890.
- CHIARLEONI. — Hystérie et castration. *Congrès de Pavie*, septembre 1887.
- CHOTEAU. — Troubles nerveux après opérations obstétricales. *Arch. de Tocologie et de gynécologie*, octobre 1893.

CHROBAK. — Ueber Einverleibung von Eiorstockgewebe.
Contrabbl. für Gynecol., n° 28, 1896.

— Des suites des opérations faites sur les annexes de l'utérus, *Bull. Médic.*, 15 novembre 1893.

CONADO-FERRANINI. — Contributo allo studio della psicosi post-operatorie. *Nuova Rivista*, n° 11, 1893, Napoli.

CHAILLOU. — Du délire nerveux. *Thèse*, Paris, 1833.

CURATULO. — Sur la sécrétion interne de l'ovaire. *Annali di Ostetrica et ginecologia*, n° 10. 1896.

CALDERON. — Délire consécutif à l'opération de la cataracte. *Rivist. clin. de los hospitales*, juin 1890.

CESTAN. — Les accidents nerveux au cours de l'empyème. *Gaz. des Hôpit.*, 29 janvier 1898.

DAVENPORT. — Rapport des affections pelviennes avec les troubles mentaux. *Med. News*, 5 nov. 1895.

DEBOVE. — Sur un cas de névrose traumatique. *Soc. méd. Hôpitaux*, 5 avril 1894.

— Hystérie développée chez une femme ovariectomisée. *Soc. méd. Hôpitaux*, 18 nov. 1892.

DUFURNIER. — Troubles psychiques post-opératoires. *Arch. gén. médecine*, décembre 1889.

DENT. — Folie consécutive aux opérations chirurgicales. *Journal of mental Sc.* avril 1888.

DENIS. — Hystérie développée chez une femme ovariectomisée. *Thèse*, Montpellier, 1880.

DENY. — Pathogénie des folies sympathiques. *Presse médicale*, 1896.

EVERKE. — De la parotidite et des psychoses après l'ovariotomie, *Deut. med. Woch.*, 16 mai 1894.

- ENGELHARDT. — De la production des sympt. nerveux complexes par les modificat. anatomiques des organes sexuels, in-8 Stuttgart, 1885.
- EWENS. — Temporary insanity after chloroforme. *Brit. med. Journ.* n° 836.
- FORSTER. — Uber Psychose nach Erkrankung der sexual organen, in-8 Greifswald, 1874.
- AUG. FOREL. — Guérison de l'hystérie par la castration. *Corr. Blatt. f. Schweiz, Aertz*, 15 nov. 1886.
- FUSIER. — Folie améliorée par un anthrax. *Encéphale*, 1884, p. 65.
- FESTAL. — Étude sur le délire nerveux traumatique. *Thèse*, Paris, 1877.
- FERGUSON (J.). — Folies consécutives à l'épuisement, aux fièvres, aux coups, aux blessures, aux opérations chirurgicales, à la parturition, etc. *The alienist and Neurolog.*, juillet 1892.
- FUNAIOLI. — Un cas de folie sympathique post-nuptiale. *Ann. med. psych.*, 1895.
- FOUIRAUX. — Contribution à l'étude des traumatismes dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Thèse*, Paris, 1888.
- GILLIAM. — Oophorectomie pour l'aliénation et l'épilepsie. *Am. Journ. of Obst.*, octobre 1896.
- GRAMMATIKATI. — Des phénomènes cliniques observés chez les femmes à la suite de l'ablation de parties séparées de l'appareil génital. *Wraibh*, 1, 1890.
- GROUHEL. — Étude médico-légale des maladies post-traumatiques. *Thèse*, Lille, 1895.
- GIOVANNI (de). — Contre l'intervention chirurgicale dans les névroses. *Intern. Klin. Rundschau*, nos 27-29, 1893.

- GORTON. — Manie consécutive à l'emploi de l'éther comme anesthésique. *Am. Journ. of Ment. Sc.*, avril 1890.
- GOODELL (William). — Notes cliniques sur l'extirpation des ovaires dans l'aliénation mentale. *Americ. Journ. of Insanity*, 1882.
- HOBBS. — La gynécologie chez les aliénés. *Americ. med. surg. Bull.*, 28 mars 1895.
- HAMILTON. — De l'abus de l'oophorectomie dans les maladies du système nerveux. *N.-York med. Journ.*, 18 février 1892.
- HOCHWART (Frankl.). — Les psychoses, suite d'opérations sur les yeux. *Jahrbl. f. Psych.*, IX, 1892.
- HERRINGHAM. — Observation de troubles mentaux après les opérations. *St-Barthol. hosp.*, XXI, 1885.
- ALF. HEGAR. — De la relation des affections sexuelles avec les maladies nerveuses et la castrat. dans les névroses. Stuttgart, 1884.
- HOBBS. — Gynécologie chirurgicale chez les vésaniques. *Brit. med. Journ.*, 25 septembre 1897.
- JOFFROY. — Folie post opératoire. *Presse médic.*, mars 1898.
- JACOBS. — Folie post opératoire. *Presse médicale belge*, 1894.
- Opothérapie ovarienne. *La Polyclinique*, n° 23, 1896.
- JAYLE. — [Opothérapie ovarienne. *Presse médicale*, 9 mai-29 août 1898.
- Effets physiol. de la castration chez la femme. *Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom.* mai-juin, 1897.

- KIERNAN. — Mental symptoms after surgical operations. Chicago, 1891.
- KRÖMER. — Beitrag zur Castrations frage. *Allgem. Zeit. für Psych.* Band L II, Heft 1, 1895.
- MC. KONE. — Acute mania following laparotomy for hysterectomy and intraligamentous cyst. *Med. Sentinel Portland*, 1894.
- LE DENTU. — Des délires post opératoires. *Médecine moderne*, 1891, p. 53.
- LÖEVENSTEIN. — *De mentis aberrationibus ex partium sexualium conditione abnormi oriendo* in 8 Bomæ, 1823.
- LISSAC. — Troubles consécutifs à la castration chez la femme et opothérapie ovarienne. *Gazette hebdom.*, 15 novembre 1896.
- LISSAC. — Traitement des troubles consécutifs à la castration. Thèse, Paris, 1896.
- LEYDEN. — Hystérique de 30 ans ayant subi 7 opérations graves. *Berlin klin. woch.*, 28 novembre 1892.
- LE DENTU. — Des délires post opératoires. *Médec. mod.*, nos 4 et 5, janvier 1891.
- H. LOSSEN ET FÜRSTNER. — Accès de manie durant six semaines consécutifs à une hystérectomie. *Berlin klin. Wochen* n° 34, 23 août 1880.
- LUYS. — Des folies sympathiques consécutives aux opérat. gynécolog. *Ann. de Psych. et d'Hypnol.*, juin, 1893.
- RUDOLF LÖWY. — Geistesstörung nach Cataractextraktion. *Allg. Zeit für Psych.* Band L II, Heft, 1895.
- LOISEAU. — De la folie sympathique. Thèse. Paris, 1856.
- LUIGI FRIGERIO PICCOLA. — La psicosi di causa traumatica, *Am. medico-psychol.* 1892.

- DE LUZEMBERGER. Anatomie pathologique du traumatisme nerveux (*Annali di neurologia*, fasc. 5, 1897).
- MAIRET. — Rapport entre les lésions de la sph. génitale et l'aliénation mentale. *Montpell. médical*, 1880 1881-1882.
- Folie post-opératoire. *Bull. médic.*, 28 août 1889.
- MARSHALL. — Insanity cured by castration. *Med. and Surgic. report*.
- MICHÉA. — De la lypémanie dans ses rapports avec les affections des organes génitaux. *France médic.*, 1856.
- MORSELLI. — Notes sur les psychoses cocaïniques et sur leurs variétés nosographiques. *Riforma med.*, 27 mai 1896.
- MIRAILLÉ. — De la neurasthénie traumatique. *Tribune med.*, 15 nov. 1894.
- MANTON. — Chirurgie abdominale chez les aliénés. *Americ Journ. of Obst.*, nov. 1892.
- MARCHIONNESCHI. — De la castration et de la salpingectomie chez les femmes hystéro-épileptiques. *Ann. d'obstét.*, août 1889.
- MARLIER. — La folie post opératoire. Thèse Paris, 1897.
- MAYER. — Phénom. mentaux et nerveux consécutifs aux opérations. *Médecine*, juin 1897.
- MUSIN. — Folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système général de la femme. Thèse Lille, 1895.
- F. MAINZER. — Vortrag zur Behandlung der Ausfallerscheinungen nach Castration. *Deutsch. medicin Woch.*, 19 mars 1886.
- MURET. — De l'organothérapie par l'ovaire. *Soc. vaudoise de méd.*, 18 juin 1896.

- R. MOND. — Kurze Mittheilungen über die Behandlung der Beschwerden bei natürlicher oder durch operation veranlasster Amenorrhoe mit Eierstockscnserven. *Münch med. Woch.*, avril 1896.
- Organothérapie par l'ovaire. *Münch. med, Woch.*, 8 sept., 1896.
- MOSHER. — Mélancolie guérie à la suite d'une pleurésie. *Am. Journ. of Isanity*, octobre 1891.
- H. OPPENHEIM. — Les névroses traumatiques. 18^e Congrès chirurg. allem., 1888.
- PLEISCHL. — Ueber aether-und chloroform. Einathmungen als Ursache von Psychopathien *Wien med. Wöchensch.*, 1872.
- PRAUD. — Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et des annexes. Thèse Paris, 1895.
- PAMARD. — Inutilité de l'ablation des ovaires pour la guérison de l'hystérie. 9^e Congrès français de Chirurgie, 1895.
- PACKARD. — Un choc chirurgical. *N. York Stat. med. Soc.*, 2 février 1891.
- POTAIN. — De l'hystéro-traumatisme interne. *Sem. méd.*, 9 déc. 1891.
- PICHEVIN. — Des abus de la castration chez la femme. Thèse Paris, 27 juin 1888.
- J. PERETTI. — Le traitement gynécolog. dans ses rapports avec les affections mentales. *Berlin klin, Woch.* Mars, août 1882.
- PARINAUD. — Psychoses consécutives à l'extraction de la cataracte. *Journ. de méd. et de chir.* Août 1890.
- S. POZZI. — Complications de l'ovariotomie. *Gaz. méd. de Paris.* 9 août 1890.

- PERCY-SMITH. — Ovariectomie chez une aliénée. *The Journ. of ment. Sci.*, Juillet 1886.
- PÉAN. — Les résultats éloignés de la castrat. utérine par voie vaginale dans les suppurat. pelviennes. *Congr. intern. de gynécol. et d'obstét.* Genève, août-sept. 1896.
- PICQUÉ ET FEBVRE. — Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique. *Ann. médico-psychol.*, 1893.
- PICQUÉ ET BRIAND. — Sur le délire psychique post opératoire. *Communicat. à la Société Chirurgie.* Paris, 1898.
- E. RÉGIS. — De la folie sympathique liée au processus physiolog. et patholog. des org. de la génération. *Journ. méd.* Bordeaux, 1883.
- Cas de folie consécutive à une ovario-salpingectomie. *Journ. médic.* Bordeaux, 10 septembre, 1893.
- Folie sympathique. *Dict. encyclop. des sc. méd.*
- S. ROHÉ. — De l'étiologie des troubles mentaux consécutifs aux opérat. gynécologiques. *N. York méd. Journ.* 14 oct. 1893.
- La démence et les affections pelviennes chez la femme. *Journ. Americ. médic. Assoc.*, 12 octobre, 1896.
- The etiological relation of pelvic disease in women to insanity. *Crit. méd. Journ.*, 25 sept. 1894.
- RABEC. — Des suppurat. en général et des parotidites suppurées en particulier au point de vue de l'évolut. de cert. maladies mentales. Thèse Paris, 1882.

G. ROBIN. — Troubles psychiques consécutifs aux maladies de l'oreille. *Encéphale*, 1884.

RÉMY (de Nanterre). — Effets du traumatisme chez le vieillard et en particulier du choc prolongé à forme nerveuse. *Congrès franç. de chirurgie*, oct. 1897.

G. ROBE. — Relations entre les affections pelviennes et la folie chez la femme.

RECLUS. — Complication des plaies. *Traité de chirurgie*. T. I.

CHRISTIAN SIMPSON. — Sur la folie post opératoire. *Arch. neurologie*, août 1897.

SPRAGUS. — Un cas de manie aiguë consécutif à une laceration du col utérin et du périnée. *Americ. med.*

SEARS. — Sur la folie consécutive aux opérations chirurgicales. *Boston med. and surg. Journ.*, 29 juin 1893.

SCHULTZE. — Ueber Neurosen und Neuropsychosen nach Trauma. *Volk. Samml. klin. Vortr.*, n° 14, 1891.

STONE. — Résultats psychiques des opérations gynécologiques. *Journ. of Americ. med. assoc.*, 30 août 1898.

SHEPERD. — Manie post-opératoire. *The interna. Journ. of the med. sc.*, décembre 1888.

SAUSSOL. — Varicocèle et hypocondrie. Thèse de Paris, 1897.

SPUOA REFOIOS. — Alienação mental após a extração de cataracta dupla. *Rev. de med. e cirurgia*, Lisboa, 1894.

- SEELIGMANN. — Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérat. gynécol. Thèse Nancy, 1896.
- TUSSAU. — De l'iodoformisme chirurgical. *Sem. medic.*, 4 novembre 1896.
- GAILLARD-THOMAS. — De la manie aiguë et de la mélancolie consécutives aux opérations gynécologiques. *Med. News*, 13 avril 1888.
- SELDEN H. TALCOT. — Le traumatisme dans ses rapports avec la production et avec la guérison de la folie. *Americ Journ. of Insanity*, avril-juillet 1888.
- TILBROW. — Les troubles mentaux consécutifs aux opérations en gynécologie. *Americ Journ. of Obstetric*, janvier 1888.
- THOMAS-MORTON. — Ablation des ovaires, comme traitement de la folie. *Americ. Journ. of Insanity*, janvier, 1883.
- TAMBRONI. — L'oophorothérapie dans les maladies nerveuses et mentales. *Accad. delle Scienze mediche di Ferrara*, 1896.
- TRUELLE. — Thèse de Paris, 1898.
- A. VOISIN. — Délire de persécution, kyste dermoïde de l'ovaire, laparotomie, disparition des troubles mentaux. *Journ. de méd.*, Paris, 17 mars 1896.
- VAUGHAN. — Les relations des maladies pelviennes avec les troubles psychiques chez la femme. *Med. News*, 27 avril 1894.
- VAN HASSEL. — Folie post opératoire. *Société belge de gynécologie*, 1894.
- VÉNE. — Délires post-opératoires. *Thèse*, Paris, 1881.

VALUDE. — Réveil d'un état de mal hystéro-épileptique avec délire à la suite d'une opération chirurgicale.

France médicale, n° 10, 1884.

VINCENZO COZZOLINI — Troubles psychiques provoqués et entretenus par les malades de l'oreille. *La Psichiatra*, fasc. IV, 1887.

WIGLESWORTH. — On uterine disease and insanity. *Journ. ment. Sc. London*, 1884.

WILSON. — Complications mentales consécutives aux opérations. *Med. News*, 9 janvier 1897.

WERTH (de Kiel). — Des psychoses apparaissant à la suite d'opérat. sur l'appar. génit. féminin. *Berlin. klin. Woch.*, 27 août 1888.

WEISS. — Troubles nerveux et psychiques après la castration double chez l'homme. *Wien. med. Presse*, n° 22 et 25, 1890.

Bulletins de la Soc. de chirurgie. Paris 1891, 23 février au 25 mai.



Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
PAUL BERGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD



